



ARTÍCULO ORIGINAL

Características clínicas, gravedad y evolución de adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad en un centro de referencia de Paraguay

Clinical characteristics, severity, and outcomes of adults hospitalized for community-acquired pneumonia in a referral center in Paraguay

Mariam Leonela Marecos Núñez ¹ , Milena Soledad González Bogado ¹ ,
Leda Liz Ruiz Diaz Ros ¹ , Laura Silvana Aria Zaya ¹ ,
Mathías Nill López ¹

¹Universidad del Pacífico, Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay.

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Revisores:

Domingo Pérez Bejarano. Ministerio de Salud y Bienestar Social, Hospital General de Luque. Luque, Paraguay.

Ignacio Ortiz Galeano. Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay.

Cómo referenciar este artículo: Marecos Núñez ML, González Bogado MS, Ruiz Diaz Ros LL, Aria Zaya LS, Nill López M. Características clínicas, gravedad y evolución de adultos hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad en un centro de referencia de Paraguay. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. 2026; 13 (1): e13122643

Artículo recibido: 22 julio 2026

Artículo aceptado: 22 septiembre 2026

Autor correspondiente:

Mathías Nill López

Correo electrónico: mathnill04@gmail.com

Dictamen del artículo:

https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/120_26/dictamenes.pdf

Acceso a base de datos



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

RESUMEN

Introducción: la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una causa principal de morbilidad infecciosa. Identificar oportunamente factores de mal pronóstico resulta fundamental para optimizar los recursos hospitalarios en periodos de alta demanda asistencial.

Objetivo: determinar la frecuencia de mortalidad intrahospitalaria y factores asociados en adultos internados por NAC en el Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, durante el invierno de 2025.

Metodología: se aplicó un estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de NAC internados en Clínica Médica, excluyendo neumonías intrahospitalarias o registros incompletos. Se estudiaron variables sociodemográficas, comorbilidades, escala CURB-65, ingreso a terapia intensiva y mortalidad, analizando las asociaciones mediante la prueba exacta de Fisher.

Resultados: se analizaron 202 pacientes (mediana de edad: 63 años; 54,5% hombres). La prevalencia de comorbilidades fue alta, liderada por la hipertensión arterial (62,9%) y la diabetes mellitus tipo 2 (25,2%). El 8,9% requirió ingreso a terapia intensiva y la mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días. La mortalidad intrahospitalaria global fue del 3,5% (n=7). El óbito tuvo asociación significativa con CURB-65 (p 0,04) y el ingreso a terapia intensiva (p<0,001) registrándose una letalidad del 27,3% en el estrato de alto riesgo. Las variables sociodemográficas y comorbilidades no mostraron asociación significativa.

Conclusión: la mortalidad intrahospitalaria por NAC en la cohorte estudiada fue baja (3,5%). La mayor gravedad, según la escala CURB-65, se asoció de manera estadísticamente significativa con la mortalidad intrahospitalaria, respaldando su utilidad clínica para la estratificación inicial del riesgo.

Palabras claves: neumonía adquirida en la comunidad, mortalidad hospitalaria, puntuaciones en la disfunción de órganos, escala de severidad de neumonía, factores de riesgo, Paraguay

ABSTRACT

Introduction: Community-acquired pneumonia (CAP) is a leading cause of infectious morbidity and mortality. Early identification of poor prognostic factors is

essential to optimize hospital resources during periods of high healthcare demand.

Objective: To determine the frequency of in-hospital mortality and associated factors in adults hospitalized for CAP at the Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay, during the winter of 2025.

Methods: An observational, analytical, and retrospective study was conducted. Adult patients with a diagnosis of CAP admitted to the Internal Medicine Department were included, excluding nosocomial pneumonia or incomplete records. Sociodemographic variables, comorbidities, CURB-65 score, admission to the intensive care unit and mortality were studied, analyzing associations using Fisher's exact test.

Results: A total of 202 patients were analyzed (median age: 63 years; 54.5% men). The prevalence of comorbidities was high, led by arterial hypertension (62.9%) and type 2 diabetes mellitus (25.2%). Admission to intensive care unit was required by 8.9% and the median hospital stay was 9 days. Overall in-hospital mortality was 3.5% (n=7). Death was significantly associated with CURB-65 (p=0.04) and admission to the intensive care unit (p<0.001), with a case-fatality rate of 27.3% in the high-risk stratum. Sociodemographic variables and comorbidities showed no significant association.

Conclusion: In-hospital mortality due to CAP in the studied cohort was low (3.5%). Higher severity, according to the CURB-65 score, was significantly associated with in-hospital mortality, supporting its clinical utility for initial risk stratification.

Keywords: community-acquired pneumonia; in-hospital mortality; organ dysfunction scores; pneumonia severity score; risk factors; Paraguay

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas a nivel mundial y representa una de las cargas más elevadas para los sistemas de salud, especialmente en el escenario de los pacientes adultos que requieren hospitalización. Se define operativamente como una infección aguda del parénquima pulmonar adquirida fuera del ámbito hospitalario, o bien, aquella que se manifiesta clínicamente dentro de las primeras 48 horas posteriores al ingreso sanatorial, estando asociada a síntomas respiratorios agudos y hallazgos radiológicos de infiltrados pulmonares de nueva aparición ⁽¹⁾. Esta patología continúa siendo uno de los motivos más frecuentes de internación en salas de medicina interna, ingreso a unidades de cuidados intensivos (UTI) y óbito en adultos, afectando de manera desproporcionada a personas de edad avanzada y a individuos con comorbilidades crónicas ^(1,2).

A nivel global, las infecciones respiratorias bajas se mantienen firmemente entre las primeras causas de muerte y de años de vida perdidos potencialmente, con un impacto crítico en adultos mayores de 65 años y pacientes con disfunciones orgánicas de base ⁽³⁾. La letalidad por NAC exhibe una marcada variabilidad en función de la gravedad clínica inicial y el nivel de cuidados requerido: mientras que en el escenario ambulatorio suele ser inferior al 5%, en pacientes que precisan internación general puede oscilar entre 10 y 20%, y llega a superar el 30% en aquellos que ingresan a UTI ^(1,4). Factores sociodemográficos como el progresivo envejecimiento poblacional, sumados al incremento sostenido de patologías cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal crónica y estados de inmunosupresión secundaria, han propiciado un incremento

notable en las tasas de hospitalización y en el riesgo de desarrollar complicaciones graves ^(2,5).

Ante este escenario, las directrices internacionales de *American Thoracic Society* (ATS) e *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) enfatizan la necesidad imperiosa de estratificar precozmente el riesgo de mal pronóstico (evaluando variables como la edad avanzada, la hipotensión, la insuficiencia respiratoria o la carga de comorbilidades), recomendando el empleo sistemático de escalas predictivas estandarizadas como el CURB-65 y el *Pneumonia Severity Index* (PSI) para guiar de manera eficiente el triaje y el destino de internación del paciente ⁽¹⁾. En consonancia, los consensos de la *European Respiratory Society* (ERS) y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT) recalcan que el reconocimiento oportuno de estos factores optimiza el inicio temprano de la terapia antimicrobiana empírica, el soporte ventilatorio y la transferencia mandatoria a cuidados intensivos ^(2,6).

En América Latina, la NAC representa un problema de salud pública prioritario, el cual se ve agravado por las brechas estructurales en el acceso a los servicios sanitarios y por una prevalencia epidemiológica creciente de enfermedades crónicas no transmisibles ^(6,7). La literatura regional reporta un incremento significativo del riesgo de complicaciones en adultos mayores y en pacientes con antecedentes de tabaquismo, disfunción cardiovascular o metabólica ^(7,8). Asimismo, la evidencia disponible en la región subraya que la mortalidad intrahospitalaria se eleva sustancialmente ante la presencia de criterios de sepsis y el retraso en la instauración de la primera dosis de antibiótico ^(7,9).

En Paraguay, las infecciones respiratorias agudas condicionan un incremento estacional masivo de las consultas y hospitalizaciones durante los meses de

invierno, periodo caracterizado por la co-circulación de diversos virus respiratorios y el riesgo subsecuente de sobreinfecciones bacterianas que impactan de forma directa en las poblaciones vulnerables ⁽¹⁰⁾. A pesar de esta realidad epidemiológica recurrente, se dispone de escasos estudios nacionales contemporáneos que evalúen de manera específica la frecuencia de mortalidad y sus determinantes clínicos en centros hospitalarios de tercer nivel. El Hospital Nacional de Itauguá, en su carácter de centro de referencia de alta complejidad dentro de la red pública nacional, absorbe una elevada demanda asistencial en periodos de contingencia respiratoria. Por lo tanto, la generación de evidencia científica local y actualizada posee una relevancia clínica fundamental para validar las herramientas de triaje vigentes, optimizar la asignación de recursos y consolidar protocolos de manejo adaptados a la realidad epidemiológica del país ⁽¹¹⁾.

Por los motivos expuestos, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de mortalidad intrahospitalaria y los factores asociados en adultos internados por NAC en el Hospital Nacional de Itauguá durante el invierno del año 2025, analizando el comportamiento de las variables demográficas, clínicas y las escalas de severidad pronóstica en relación con el desenlace hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes adultos internados con diagnóstico de NAC en los servicios de Clínica Médica del Hospital Nacional de Itauguá (Itauguá, Paraguay), durante el periodo estacional comprendido entre junio y septiembre de 2025.

La población de estudio estuvo constituida por pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que ingresaron por el servicio

de urgencias o consultorio externo (incluyendo aquellos derivados de la red pública con ingreso directo a salas generales o UTI) y que cumplieron con los criterios clínicos y radiológicos estandarizados para el diagnóstico de NAC ⁽¹⁾. Se excluyeron del análisis a aquellos pacientes con diagnóstico de neumonía intrahospitalaria o nosocomial (desarrollada después de las 48 horas del ingreso), registros de pacientes trasladados a otros centros asistenciales antes de la definición de su desenlace clínico, y fichas clínicas que presentaron datos incompletos en las variables principales de estudio.

Se aplicó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, incorporando a la totalidad de los sujetos que cumplieron rigurosamente con los criterios de selección establecidos durante el marco temporal definido. Los datos fueron recabados mediante la revisión retrospectiva de las historias clínicas y registros digitales del hospital a través de un instrumento estandarizado de recolección de datos implementado en formularios electrónicos.

Las variables analizadas incluyeron: indicadores sociodemográficos (edad, sexo y procedencia geográfica), comorbilidades crónicas (hipertensión arterial [HTA], diabetes mellitus tipo 2 [DM2], enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfermedad renal crónica [ERC], insuficiencia cardíaca congestiva [ICC], asma), la estratificación del riesgo y gravedad clínica al ingreso mediante la escala pronóstica CURB-65, utilizada por su viabilidad clínica, sencillez de aplicación en salas de urgencias y amplio respaldo en las guías internacionales ⁽¹⁾, con puntuación de 0 a 5, agrupada en riesgo bajo (0-1), moderado ⁽²⁾ y alto ⁽³⁻⁵⁾, y los indicadores de evolución intrahospitalaria (requerimiento de ingreso a la UTI, estancia hospitalaria total medida en días y la condición de egreso clasificada como supervivencia u óbito intrahospitalario)

Los datos obtenidos fueron exportados a una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016 para su depuración. Posteriormente, el análisis estadístico se ejecutó con los programas Epi Info versión 7.2 y Epidat versión 4.2. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes relativos (%). Para las variables cuantitativas, tras verificar la asimetría en la distribución de la estancia hospitalaria, se utilizaron la mediana y el rango intercuartílico (RIC)

Para evaluar la asociación bivariada entre las características clínicas/demográficas y el desenlace de mortalidad intrahospitalaria, debido al bajo número absoluto de eventos ($n = 7$), todas las asociaciones se analizaron exclusivamente mediante la prueba exacta de Fisher. El tamaño del efecto se estimó mediante el cálculo del Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se fijó un nivel de significancia estadística para valores de $p < 0,05$.

El protocolo de investigación se rigió bajo los principios éticos de la Declaración de Helsinki. La información fue manejada bajo estrictos criterios de confidencialidad mediante la codificación y anonimización de

las identidades de los participantes. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Pacífico con registro n° 070-2026CE, contando además con la autorización institucional correspondiente del Hospital Nacional de Itauguá. Debido a la naturaleza retrospectiva del diseño, el comité aprobó la dispensa del consentimiento informado.

RESULTADOS

De los 202 sujetos de estudio, el 54,5% ($n = 110$) pertenecía al sexo masculino, el grupo de edad más frecuente fue el de mayores de 60 años con el 55,4% ($n = 112$), con una mediana de 63 años (RIC 23,5), y la mayoría provenía del área urbana (76,2%, $n = 154$) como se observa en la tabla 1.

La HTA fue la comorbilidad más frecuente (62,9%), seguida por la DM2 (25,2%) (tabla 2).

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad ($n = 202$)

Variables	Categoría	Frecuencia	%
Sexo	Masculino	110	54,5
	Femenino	92	45,5
Edad (rango)	≤ 40 años	39	19,3
	41–59 años	51	25,2
	≥ 60 años	112	55,4
Procedencia	Urbana	154	76,2
	Rural	48	23,8

Tabla 2. Frecuencia de comorbilidades de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (n 202)

Comorbilidad	Frecuencia	%
HTA	127	62,9
DM2	51	25,2
EPOC	28	13,9
ICC	26	12,9
ERC	21	10,4
Asma	6	3,0
Otros*	62	30,7

HTA: hipertensión arterial, DM2: diabetes mellitus tipo 2, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ERC: enfermedad renal crónica, ICC: insuficiencia cardíaca congestiva. *Otros: LES, IRA, obesidad, artritis reumatoide, fibrilación auricular permanente, fibrilación auricular paroxística, esclerodermia, hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar, ceguera unilateral, ceguera bilateral, hipoacusia bilateral, tuberculosis, hipotiroidismo, Alzheimer, alcoholismo, Parkinson, púrpura trombopénica trombótica, leucosis, linfoma de Hodgkin, hiperplasia prostática, riesgo social, ictus, tumor cerebral, trastorno esquizofrénico, epilepsia, anemia hemolítica, VIH, mieloma múltiple, hipertensión pulmonar, celiaquía, vitiligo, desnutrición, tabaquismo, carcinoma escamoso de pulmón derecho, cáncer de ovario, cáncer de mama.

Según la estratificación por la escala CURB-65, predominaron ampliamente los pacientes en el estrato de bajo riesgo (69,8%). Al evaluar la evolución, la letalidad intrahospitalaria se concentró de manera drástica en el estrato de alto riesgo, alcanzando un 27,30% en este grupo en comparación con el 2,10% observado en los niveles bajo y moderado (tabla 3).

El 8,9% (n 18) de los pacientes requirió ingreso a la UTI y la mortalidad intrahospitalaria global fue del 3,5% (n 7). La estancia hospitalaria presentó una mediana de 9 días con un rango intercuartílico (RIC) de 7 días (tabla 4).

Tabla 3. Estratificación de gravedad de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad según la escala CURB-65 (n 202)

Estratos de riesgo (puntaje)	Pacientes n (%)	Óbitos n	Letalidad %
Bajo (0-1 punto)	141 (69,8)	3	2,10
Moderado (2 puntos)	50 (24,8)	1	2,00
Alto (3-5 puntos)	11 (5,4)	3	27,30

Tabla 4. Evolución de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (n 202)

Indicador clínico	Frecuencia	%
Ingreso a terapia		
Sí	18	8,9
No	184	91,1
Mortalidad intrahospitalaria		
Si	7	3,5
No	195	96,5

En el análisis bivariado se observó una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad intrahospitalaria y la severidad según la escala CURB-65 (p 0,04), así como con el ingreso a UTI (p <0,001). No se halló asociación significativa con la edad, el sexo ni las comorbilidades individuales (tabla 5).

Tabla 5. Asociación entre las variables clínicas y sociodemográficas con la mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (n 202)

Variables	Categorías	Óbito	Vivo	OR	IC 95%	p (Fisher)
Edad	≥60 años	6 (5,4)	106 (94,6)	5,03	0,57-44,10	0,18
	<60 años	1 (1,1)	89 (98,9)			
CURB-65	≥2	5 (8,2)	56 (91,8)	6,19	1,14-33,50	0,04
	0-1	2 (1,4)	139 (98,6)			
Sexo	Masculino	4 (3,6)	106 (96,4)	1,12	0,25-4,95	1
	Femenino	3 (3,3)	89 (96,7)			
UTI	Sí	5 (27,8)	13 (72,2)	35	6,20-197,00	<0,001
	No	2 (1,1)	182 (98,9)			
HTA	Sí	5 (3,9)	122 (96,1)	1,50	0,27-8,30	0,65
	No	2 (2,7)	73 (97,3)			
DM2	Sí	3 (5,9)	48 (94,1)	2,30	0,50-10,22	0,37
	No	4 (2,6)	147 (97,4)			
EPOC	Sí	1 (3,7)	27 (96,4)	1	0,12-9,47	1
	No	6 (3,4)	168 (96,6)			
ERC	Sí	2 (10,5)	19 (90,5)	3,70	0,76-20,01	0,16
	No	5 (2,7)	178 (97,3)			
ICC	Sí	1 (3,8)	25 (96,2)	1,10	0,13-9,81	1
	No	6 (3,4)	176 (97,2)			

HTA: hipertensión arterial, DM2: diabetes mellitus tipo 2, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ERC: enfermedad renal crónica, ICC: insuficiencia cardíaca congestiva.

DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó la mortalidad intrahospitalaria y sus factores asociados en adultos internados por NAC en el Hospital Nacional de Itauguá durante el periodo invernal de 2025. La mortalidad cruda registrada fue del 3,5%, una cifra inferior a la reportada históricamente en la literatura internacional para pacientes hospitalizados en salas generales, donde suele oscilar entre 10% y 20% ^(1,4). Al contrastar este hallazgo con el estudio local de referencia realizado previamente en la misma institución por Montiel et al. ⁽¹¹⁾, se observa una reducción en la tasa de letalidad cruda respecto a periodos anteriores. Esta variabilidad favorable podría atribuirse a la optimización de las guías institucionales para el triaje oportuno y al fortalecimiento de los circuitos de atención respiratoria durante las contingencias invernales ⁽¹⁰⁾.

En relación con el perfil clínico y sociodemográfico, el predominio del sexo masculino (54,5%) y la elevada prevalencia de adultos mayores de 60 años (55,4%) coinciden plenamente con los reportes epidemiológicos previos del ámbito local, regional e internacional ^(1,5,6,12). Asimismo, la alta carga de comorbilidades crónicas hallada en nuestra muestra, liderada por la HTA (62,9%) y la DM2 (25,2%), consolida la premisa de que la NAC en el entorno hospitalario paraguayo actual no se presenta de forma aislada, sino en pacientes con un terreno cardiovascular y metabólico previamente comprometido, lo cual incrementa el riesgo de complicaciones sistémicas ^(2,7,8).

El hallazgo más relevante del presente análisis bivariado fue la asociación entre la gravedad clínica, evaluada mediante la escala CURB-65, y la mortalidad intrahospitalaria. Mientras que variables como la edad avanzada considerada de forma aislada y las comorbilidades individuales no mostraron una asociación

estadísticamente significativa con el óbito, el riesgo se concentró marcadamente en los pacientes con mayor severidad. En la estratificación según CURB-65, el grupo de alto riesgo (3–5 puntos) presentó una letalidad del 27,30%, notablemente superior al 2,10% y 2,00% observado en los estratos bajo y moderado, respectivamente. Asimismo, en la agrupación bivariada (CURB-65 ≥ 2 puntos), se evidenció una probabilidad significativamente mayor de fallecer durante la hospitalización (OR 6,19; IC95%: 1,14–33,50; $p = 0,04$). Estos hallazgos coinciden con las recomendaciones de la ATS/IDSA y con la literatura internacional que respalda al CURB-65 como una herramienta válida y sensible para la estratificación precoz del riesgo ^(1,13,14).

Se deben reconocer ciertas limitaciones metodológicas en este trabajo. En primer lugar, debido a su diseño observacional y retrospectivo basado en fuentes secundarias (historias clínicas), existió un subregistro de variables no estandarizadas. Esto impidió el cálculo retrospectivo de la escala *Pneumonia Severity Index* (PSI) al carecer del total de sus 20 parámetros analíticos/clínicos, así como la caracterización sistemática de las causas sociales o descompensaciones de comorbilidades que condicionaron la hospitalización en pacientes con puntuaciones de bajo riesgo en CURB-65 (0–1). Asimismo, el bajo número absoluto de eventos de óbito ($n = 7$) limitó la posibilidad de realizar un modelo multivariado de regresión logística, razón por la cual el análisis se centró en la prueba exacta de Fisher. Finalmente, no se recabaron datos sobre el estado vacunal contra COVID-19 y neumococo, aislamientos microbianos ni esquemas antimicrobianos ^(15,16).

La principal fortaleza de este estudio es que aporta datos epidemiológicos contemporáneos sobre la NAC durante una contingencia invernal en un centro de

referencia nacional, evidenciando la utilidad práctica del CURB-65 para la estratificación del riesgo en el entorno local. Como recomendaciones, se sugiere consolidar el uso del sistema informático HIS para registrar de forma sistemática variables clave como la vacunación y el tiempo de inicio del antibiótico, estandarizar el uso del CURB-65 en el triaje de urgencias y promover estudios prospectivos multicéntricos sobre la etiología de la NAC en el país

En conclusión, la mortalidad intra-hospitalaria por NAC en adultos hospitalizados durante el invierno de 2025 fue baja (3,5%). La mayor gravedad según la escala CURB-65 y el ingreso a la UTI se asociaron de manera estadísticamente significativa con el óbito. Estos hallazgos respaldan la utilidad clínica del CURB-65 como herramienta de estratificación inicial del riesgo en pacientes con NAC.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de autores

Conceptualización: Mathías Nill López, Mariam Leonela Marecos Núñez, Milena Soledad González Bogado

Investigación: Mariam Leonela Marecos Núñez, Mathías Nill López, Milena Soledad González Bogado

Curación de datos: Mariam Leonela Marecos Núñez, Mathías Nill López, Milena Soledad González Bogado

Análisis formal: Laura Silvana Aria Zaya, Mathías Nill López, Mariam Leonela Marecos Núñez

Metodología: Mathías Nill López y Laura Silvana Aria Zaya

Redacción borrador original: Mariam Leonela Marecos Núñez, Mathías Nill López, Laura Silvana Aria Zaya

Financiamiento

Autofinanciado.

Redacción revisión y edición: Mathías Nill López, Mariam Leonela Marecos Núñez, Laura Silvana Aria Zaya

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados en este estudio están disponibles en:

https://revistaspmi.org.py/bd/2026//120_26_base_de_datos.xlsx

Revisión por pares

Este artículo fue evaluado mediante proceso de revisión por pares a doble ciego, acorde a las políticas de transparencia editorial de la revista. Los revisores autorizaron que sus nombres y dictámenes fueran publicados. Las observaciones y comentarios emitidos por los revisores fueron considerados por los autores, quienes aplicaron las modificaciones necesarias a la versión final publicada. Los dictámenes de los revisores pueden consultarse en el siguiente enlace:

https://revistaspmi.org.py/dictamenes/2026/120_26_dictamenes.pdf

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 3];200(7):e45-e67. Available from: <https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1581ST>
2. Martin-Loeches I, Torres A, Nagavci B, Aliberti S, Antonelli M, Bassetti M, et al. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 3];61(4):2200735. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37012080/>

3. World Health Organization. The top 10 causes of death. [Internet]. Ginebra: WHO; 2024. [cited 2025 Jun 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
4. Musher DM, Thorner AR. Community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* [Internet]. 2014 [cited 2025 Jun 3];371(17):1619-28. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1312885> Subscription required
5. Torres A, Chalmers JD, Dela Cruz CS, Dominedò C, Kollef M, Martin-Loeches I, et al. Challenges in severe community-acquired pneumonia: a point-of-view review. *Intensive Care Med*. 2019;45(2):159-171. doi:[10.1007/s00134-019-05519-y](https://doi.org/10.1007/s00134-019-05519-y) Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30706119/>
6. Luna CM, Ramírez J, López H, Mazzei JA, Abreu de Oliveira JC, Pereira J, et al. Grupo de Trabajo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). Recomendaciones ALAT sobre la neumonía adquirida en la comunidad. *Arch Bronconeumol*. 2001;37(8):340-348. doi: [10.1016/S0300-2896\(01\)75104-0](https://doi.org/10.1016/S0300-2896(01)75104-0) Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11562320/>
7. Lopardo GD, Fridman D, Raimondo E, Alborno H, Lopardo A, Bagnulo H, et al. Incidence rate of community-acquired pneumonia in adults: a population-based prospective active surveillance study in three cities in South America. *BMJ Open*. 2018;8(4):e019439. doi: [10.1136/bmjopen-2017-019439](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019439) Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29643153/>
8. Restrepo MI, Reyes LF. Pneumonia as a cardiovascular disease. *Respirology* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun 3];23(3):250-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29325222/>
9. Almunashiri S, Alsowaida YS, Zhang D, Alghubayshi A, Alanazi M, Alharby TN, Ansari M. ICU-acquired infections and mortality in community-acquired pneumonia-induced sepsis: Insights from a transcriptomic analysis. *PLoS One* [Internet]. 2026 [cited 2026 Jul 3];21(6):e0349871. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42247411/>
10. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Infecciones respiratorias agudas graves [Internet]. Asunción: MSPBS. [citado 3 Jun 2025] Disponible en: <https://dgvs.mspbs.gov.py/infecciones-respiratorias-agudas-y-graves/>
11. Montiel DE, Jarolin M, Núñez P, López Ibarra F. Características clínicas y mortalidad de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Nacional de Itauguá. *Rev cient cienc salud* [Internet]. 2020 [citado 3 Jun 2025];2(1):44-53. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-28912020000100044
12. Gómez Venialgo P, Torales Montiel J, Ferreira Mendieta F, Jara Rossi S, Ortega Filártiga E. Frecuencia y características clínicas de las neumonías adquiridas en la comunidad que requieren hospitalización. *Rev cient cienc salud* [Internet]. 2020 [citado 3 Jun 2025];2(1):27-34. Disponible en: https://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-28912020000100027
13. Bradley J, Sbaih N, Chandler TR, Furmanek S, Ramirez JA, Cavallazzi R. Pneumonia Severity Index and CURB-65 score are good predictors of mortality in hospitalized patients with SARS-CoV-2 community-acquired pneumonia. *Chest* [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 3];161(4):927-36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34740594/>

14. Corona Martínez LA, González Morales I, Fragoso Marchante MC. Predictores de muerte en pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad. Rev Esp Patol Torac [Internet]. 2023 [citado 3 Jun 2025];35(2):130-6. Disponible en: <https://www.rev-esp-patol-torac.com/files/publicaciones/Revistas/2023/35.2/2%C2%BA%20Original.pdf>
15. Suñer García S, Bernués Bergua T, Notivol Rubio PP, Castillo Aguirre P, de Gracia Nájera S, Vicente Amatriain E. Evaluación de las escalas PSI Y CURB65 en neumonía adquirida en la comunidad en un servicio de urgencias. Rev Sanit Investig [Internet]. 4 de septiembre de 2023. [citado 3 Jun 2025] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/evaluacion-de-las-escalas-psi-y-curb65-en-neumonia-adquirida-en-la-comunidad-en-un-servicio-de-urgencias/>
16. Hernández Puentes JS, Bastidas-Goyes AR, Tuta Quintero EA, Díaz Quijano DM, López Núñez LM, Castro Córdoba JD, et al. Comorbidome and community-acquired pneumonia: Analysis by age, sex, and intensive care unit admission. Sci Prog [Internet]. 2025 [cited 2026 Feb 3];108(4):368504251384203. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41060850/>